

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 72
FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
CHOLÉCYSTITES ÉBERTHIENNES
AIGUËS

OBSERVÉES ET OPÉRÉES AU COURS
ET DANS LA CONVALESCENCE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juin 1910

PAR

François BERNADOU

Né à Ceilhes (Hérault), le 14 octobre 1884

Lauréat de la Faculté de médecine de Montpellier (Médaille d'argent,
Concours 1907)

Ancien interne des hôpitaux de Nîmes (Concours 1908)

Ex-Répétiteur du cours d'accouchement à la Maternité du Gard

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs de la Thèse	{	FORGUE, Professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		RAUZIER, Professeur		
		JEANBRAU, Agrégé		
		RICHE, Agrégé		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, 14

1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
CHOLÉCYSTITES EBERTHIENNES AIGÜES
OBSERVÉES ET OPÉRÉES AU COURS
et dans la convalescence de la fièvre typhoïde

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
CHOLÉCYSTITES ÉBERTHIENNES
AIGÜES
OBSERVÉES ET OPÉRÉES AU COURS
ET DANS LA CONVALESCENCE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juin 1910

PAR

François BERNADOU

Né à Ceilhes (Hérault), le 14 octobre 1884

Lauréat de la Faculté de médecine de Montpellier (Médaille d'argent,
Concours 1907)

Ancien interne des hôpitaux de Nîmes (Concours 1908)

Ex-Répétiteur du cours d'accouchement à la Maternité du Gard

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

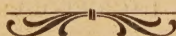
FORGUE, Professeur, *Président.*

RAUZIER, Professeur

JEANBRAU, Agrégé

RICHE, Agrégé

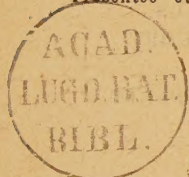
Assesseurs



MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, 14

1910



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (*).
	Chargé de l'enseig ^t de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (*).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER.
	Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
	VALLOIS.
Clinique obstétricale.....	

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIREs, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIREs.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

Examineurs de la thèse :

MM. FORGUE, président.	MM. JEANBRAU, agrégé.
RAUZIER, professeur.	RICHE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES SOEURS

F. BERNADOU.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
ET DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
JEANBRAU ET RICHE

F. BERNADOU.

Que tous nos maîtres éminents et dévoués de la vieille Ecole montpelliéraine et des hôpitaux de Nîmes reçoivent ici l'expression de notre respectueuse et vive reconnaissance. Qu'ils soient tous remerciés de leur enseignement si savant et des exemples si élevés qu'ils nous ont donnés. Nous garderons bien vivement dans notre cœur le souvenir de leur bienveillance et de leur sympathique confiance.

M. le professeur Forgue voudra bien nous permettre de dire notre admiration, notre gratitude et notre attachement. Il a grandement contribué à notre instruction médicale. L'érudition de ses leçons magistrales, son brillant enseignement clinique nous ont facilement séduit. Son accueil fut toujours bienveillant et affectueux. Durant tout le cours de nos études il ne cessa de nous donner ses conseils éclairés et réconfortants. Aujourd'hui il nous fait le très grand honneur de présider la soutenance de notre thèse. Il acquiert un titre de plus à notre reconnaissance.

M. le professeur Rauzier, en acceptant de siéger à cette même soutenance, nous honore aussi particulièrement. Qu'il soit remercié dignement.

Nous adressons le même hommage à MM. les pro-

fesseurs agrégés Jeanbrau et Riche, qui ont bien voulu être nos juges.

Une pensée toute particulière dans nos compliments est réservée à tous nos maîtres des hôpitaux de Nîmes, et nous voulons écrire leurs noms à cette première page de notre thèse inaugurale. Que MM. les docteurs Gauch, Mazel, Gilis, Lassalle, Fabre, Olivier de Sardan, Delor, Suquet et Romieux veuillent bien accepter les meilleurs remerciements de leur élève reconnaissant.

Nous disons aussi merci à M. le Dr Guibal, de Béziers, pour le sympathique empressement qu'il a mis à nous donner les renseignements que nous avons dû lui demander pour notre travail. C'est bien vivement que nous regrettons de ne pouvoir publier ses observations et argumentations.

Enfin, que tous nos bons amis et camarades, ceux surtout qui avec nous furent internes, soient persuadés que nous garderons longtemps le souvenir de ce beau temps passé... qu'ils soient tous assurés de notre franc et cordial dévouement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
CHOLÉCYSTITES EBERTHIENNES
AIGUËS
OBSERVÉES ET OPÉRÉES AU COURS
et dans la convalescence de la fièvre typhoïde

INTRODUCTION

L'idée première de ce travail revient à M. le professeur Forgue. Il a bien voulu nous communiquer les observations, inédites et intéressantes, que nous publions dans nos premières pages.

Ce sont des observations de cholécystite éberthienne aiguë, observées dans la convalescence de la fièvre typhoïde et traitées avec succès par la cholécystectomie.

A propos de ces observations, nous avons conçu et essayé de mener à bonne fin le travail que nous avons l'honneur de vous soumettre.

La thèse que nous soutenons est que la cholécystite

éberthienne aiguë, au cours et dans la convalescence de la fièvre typhoïde, est bien définie et fréquente, mais grave et mortelle le plus souvent, si on ne la traite opératoirement.

Nous avons ainsi divisé notre travail en trois chapitres :

Le chapitre I, qui établit la fréquence de cette complication biliaire dans la fièvre typhoïde et qui la définit le plus rapidement possible, au point de vue étiologie, pathogénie, anatomie pathologique et symptomatologie.

Le chapitre II, qui, par des observations seulement, prouve la mortalité considérable de cette affection, non traitée opératoirement.

Le chapitre III, qui parle du traitement chirurgical de la cholécystite éberthienne aiguë précoce ou tardive. Dans ce chapitre, le plus important de notre sujet, nous voulons démontrer qu'on peut et doit opérer, et bien ou complètement opérer, et que c'est l'opération radicale qui, plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'à aujourd'hui, devrait être pratiquée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le docteur Massabuau, chef de clinique chirurgicale.)

Cholécystite éberthienne aiguë. — Premiers jours de convalescence. —
Cholécystectomie par M. le professeur Forgue. — Guérison.

R. C..., âgé de 37 ans, coiffeur, entre le 23 mai 1909 dans le service de M. le professeur Forgue, salle Delpech, n° 10, de l'hôpital Suburbain de Montpellier.

C'est un homme qui a fait à trois reprises, il y a dix, huit et cinq ans, des accidents paludéens.

A l'âge de 13 ans, il aurait eu une première fièvre typhoïde.

Toujours est-il qu'il était venu, le 29 mars, dans le service de M. le professeur Rauzier; il était atteint d'une dothiéntérie nettement caractérisée, avec séro-réaction de Widal positive.

Cette fièvre typhoïde a présenté une évolution cyclique à peu près normale, sans complications spéciales.

A la fin de cette maladie, alors que le malade commence à s'alimenter, il est pris assez brusquement de douleurs abdominales, plus marquées dans le flanc droit et qui ne tardent pas à se localiser dans la région sous-hépatique. Ces douleurs ne sont pas très vives et ne présentent pas le type de coliques ; elles sont surtout marquées quelques heures après l'alimentation ; elles paraissent assez accentuées pendant la nuit et provoquent l'insomnie. Elles ne présentent pas d'irradiation dans l'épaule droite. Il n'y a pas d'ictère. Le ventre n'est pas ballonné. On note l'absence de vomissements et même de nausées.

La température s'élève, elle atteint 38°5, 39° le soir, et, le matin, elle descend au voisinage de la normale. Les oscillations thermiques sont donc très marquées.

La thérapeutique employée consiste en applications locales de pommade au collargol. Le malade continue à s'alimenter légèrement.

La température tombe un peu mais ne revient pas à la normale ; le malade continue à souffrir ; son appétit est revenu, mais il digère mal, la constipation est opiniâtre.

C'est ainsi qu'il rentre, vingt-cinq jours après le début de cette complication, dans le service de M. le professeur Forgue.

Quand on l'examine, on constate que la palpation profonde de la région vésiculaire est douloureuse et on peut percevoir, quand on a vaincu la résistance du muscle droit, une grosse vésicule dont les contours sont assez nettement limités et qui est douloureuse au palper.

Le foie est augmenté de volume ; il déborde les fausses côtes d'environ un travers de doigt.

L'examen des urines montre une quantité normale et l'absence de pigments biliaires et d'urobiline.

Le diagnostic de cholécystite éberthienne est porté et l'intervention décidée. Elle est pratiquée, le 2 juin 1909, par M. le professeur Forgue.

Incision de Kehr. Le péritoine ouvert, l'épiploon est écarté, l'intestin refoulé, le foie aussi largement éversé que possible.

La vésicule apparaît, grosse comme un œuf et nettement distendue. Elle est ponctionnée ; on retire, avec l'aspirateur de Potain, une petite quantité de bile très épaisse. L'orifice de ponction est oblitéré avec une pince à cadre, qui sert de tracteur, et la cholécystectomie sous-séreuse est pratiquée. L'artère cystique, le canal cystique, sont successivement pincés, sectionnés, puis liés. L'hépaticus-drainage n'est pas pratiqué, mais le foyer opératoire est très attentivement drainé par trois longues mèches de gaze.

L'opération est terminée par une épiplooplastie selon la technique de Quénu.

Les suites opératoires ont été excellentes et apyrétiques. Un suintement bilieux s'est montré pendant les premiers jours, qui a retardé l'ablation des lumières-drains, mais toute infection a pu être évité et le malade est sorti guéri dans les premiers jours de juillet 1909.

La bile, étudiée bactériologiquement, renfermait du bacille d'Eberth pur, mais de virulence atténuée.

OBSERVATION II

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le docteur Massabau, chef de clinique chirurgicale.)

Cholécystite éberthienne aiguë. — 3^e mois de convalescence. — Cholécystectomie par M. le professeur Forgue. — Guérison.

V. C. J..., âgé de 30 ans, garçon laitier, entre le 21 décembre 1909, dans le service de M. le professeur Forgue, à l'hôpital Suburbain de Montpellier.

Il ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Son histoire clinique assez accidentée est la suivante:

En juillet 1909, le malade a été en traitement à l'hôpital Ruffi de Nîmes, à la salle Reveille.

Il a fait une fièvre typhoïde qui a duré deux mois. Cette dothiéntérie a été suivie d'une rechute et pendant un nouveau mois le malade a eu encore de la fièvre.

Pendant la convalescence de cette maladie, alors que ce malade commençait à s'alimenter normalement et se levait depuis déjà huit à dix jours, il a commencé à souffrir du côté droit. Et en même temps est apparu un ictère assez accentué, les phénomènes douloureux s'accompagnent de quelques vomissements bilieux; il y a de la diarrhée, et présence dans les selles d'une petite quantité de sang, mais jamais évacuation de sable, ni de calcul.

Le 15 octobre 1909, le malade non guéri sort sur sa

demande de l'hôpital de Nîmes. Mais il y réentre au bout de quelques jours. L'ictère est intense, et la douleur de l'hypocondre droit encore nette, quoique moins vive. Il n'y a pas de diarrhée.

Au bout de 25 jours, les symptômes s'étant amendés, le malade sort encore de l'hôpital Ruffi et tente de reprendre son travail de garçon laitier; mais il en est empêché par les douleurs qui surviennent au moindre effort et qui le décident à entrer à l'hôpital de Montpellier, où après avoir fait un séjour dans un service de médecine, le service de M. le professeur Rauzier, il est envoyé avec le diagnostic de cholécystite dans le service de M. le professeur Forgue, le 24 décembre 1909.

Quand on l'examine à son entrée, le malade se plaint surtout de douleurs dans l'hypocondre droit. Ces douleurs sont continues, mais avec des moments d'exacerbation et de rémission. Quand il est couché la douleur est plus sourde; quand il se lève et marche elle devient plus vive; elle est également exagérée après les repas.

Elle a son maximum d'intensité dans l'hypocondre droit et ne s'irradie ni dans le dos, ni vers l'épaule droite. Le malade vomit de temps en temps et digère mal. Ses urines sont rouges, épaissées, chargées en urates.

A l'examen physique, on constate une résistance marquée du muscle droit dans la région vésiculaire et une douleur nette à la pression, localisée à peu près exactement au point cystique. Quand la résistance musculaire a été vaincue, on perçoit assez nettement le fond de la vésicule biliaire augmentée de volume, à contours imprécis et douloureux au palper. Le foie n'est pas gros.

Le malade n'a plus de fièvre.

Le diagnostic de cholécystite post-typhique de nature

probablement éberthienne et sans angiocholite concomitante est porté.

Le malade est opéré en janvier 1910, par M. le professeur Forgue.

Incision de Kehr.

L'intestin refoulé, le foie est éversé aussi largement que possible et maintenu par un aide. La vésicule biliaire apparaît du volume d'un gros œuf et manifestement distendue ; ses parois sont rouges, épaisses richement vascularisées, mais ne présentent pas d'adhérences marquées avec les organes voisins.

Cette vésicule est ponctionnée, et on en retire avec l'aspirateur de Potain une certaine quantité de bile très épaisse. L'orifice de ponction est oblitéré par une pince plate qui sert de tracteur. La vésicule est ainsi progressivement détachée jusqu'au canal cystique, par une dissection sous-séreuse ; elle est enlevée après ligature et section du canal cystique au voisinage de son abouchement dans le cholédoque.

Le canal hépatique n'est ni ouvert, ni drainé, l'absence d'angiocholite rendant inutile l'hepaticus-drainage.

L'opération est terminée par un drainage (avec trois longues mèches de gaze) du foyer opératoire, suivi d'une épiplooplastie selon la technique de Quénu, et d'une suture solide de la paroi abdominale.

Les suites opératoires ont été excellentes et absolument apyrétiques. Au sixième jour seulement les mèches de gaze ont été enlevées.

L'examen de la bile a relevé la présence de bacille d'Eberth pur.

Depuis l'opération, le malade a cessé de souffrir. Il sort complètement guéri, un mois après.

En mai, nous avons eu l'occasion de revoir ce malade, à l'hôpital Ruffi. Il était atteint de grippe banale et ne se plaignait nullement de son foie. La cicatrice est belle et bonne.



CHAPITRE PREMIER

La cholécystite éberthienne aiguë au cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde est très fréquente et bien définie à tous les points de vue.

P. Hagenmüller dans sa thèse inaugurale soutenue en juillet 1876, écrivait : « L'inflammation de la vésicule biliaire dans le cours de la fièvre typhoïde n'a encore été observée que rarement, quoiqu'on l'ait signalée depuis assez longtemps. C'est Hunter qui paraît l'avoir vue le premier... Depuis lors, elle n'a plus été constatée que de loin en loin, et il n'existe encore guère plus d'une vingtaine d'observations plus ou moins complètes de cholécystite typhoïde. Il est probable, toutefois, que la vulgarisation de ces faits aura pour résultat d'attirer l'attention sur cette complication peu connue, et de provoquer de nouvelles observations. »

Les dernières recherches sur la fièvre typhoïde ont mis en évidence la fréquence extrême de l'infection des voies

biliaires au cours de cette maladie. « L'infection des voies biliaires dans la typhoïde est très fréquente, et l'expérimentation la réalise presque sans exception dans la bacillémie éberthienne. Si elle n'est pas notée plus fréquemment, c'est qu'elle peut être légère et passagère et ne se manifester immédiatement par aucun signe clinique (1). »

Nous sommes loin des 18 observations que Hagenmüller avait pu rassembler. Tandis encore que Hoelscher, (2) en 1891, n'avait relevé que 5 cas de cholécystites suppurées sur 2,000 autopsies de fièvre typhoïde, Chiari (3), trois ans après, examinant 22 cas de fièvre typhoïde, trouvait 19 fois le bacille d'Eberth dans la vésicule biliaire et faisait des constatations anatomo-pathologiques intéressantes. Al'Episcopal Hospital de Philadelphie, Cooper-Ashurst (4) dit avoir trouvé 18 fois la cholécystite sur 243 autopsies de typhiques, durant les années 1905, 1906 et 1907. — Thomas de Philadelphie a pu réunir dans la littérature médicale (jusqu'en 1907) 154 cas de cholécystites dues à la fièvre typhoïde. Ce nombre d'observations s'accroît tous les jours encore, et au cas récemment rapportés par Berthélemy et Velarde (1909) nous ajoutons les nôtres.

Est-il besoin de faire des moyennes, de donner des pourcentages au point de vue fréquence? Nous disons avec Quénu : « Aujourd'hui, on reconnaît que la présence du bacille d'Eberth dans la bile des typhiques est pour ainsi dire constante. »

(1) Quénu et Duval. — Rapport au Congrès international de chirurgie à Bruxelles, 1908.

(2) Hoelscher. — *Münch. med. Woch.*, 1891.

(3) Chiari. — *Zeitsch. f. Heilkunde*, t. XV, p. 1999.

(4) Cooper-Ashurst. — *The amer. Journ. of the med. sc.*, avril 1908.

Ces bacilles d'Eberth dans les voies biliaires se multiplient dans la bile qui leur est un excellent milieu de culture. Ils sont ainsi la cause des lésions inflammatoires d'angéo-cholécystite ou le plus souvent de cholécystite qui très fréquemment, disons-nous encore, s'observent dans la fièvre typhoïde.

Les recherches bactériologiques et expérimentales, multipliées depuis vingt ans, nous font comprendre pourquoi la bile est si facilement infectée par le bacille d'Eberth.

Par quelle voie l'Eberth arrive-t-il dans l'arbre biliaire? Par une voie double : la voie ascendante et la voie descendante. La voie ascendante est la voie biliaire proprement dite ; le bacille d'Eberth, qui la prend, part de l'intestin, remonte le canal cholédoque après avoir franchi le sphincter d'Oddi, suit le canal cystique, atteint la vésicule biliaire. La voie descendante peut s'appeler aussi voie sanguine.

Des théories pathogéniques ont été successivement édifiées et soutenues. On distingue la théorie de l'infection ascendante et la théorie de l'infection descendante.

La théorie de l'infection ascendante s'appuie sur les travaux classiques de Gilbert et Girode, Dupré, Gilbert et Dominici. Le bacille d'Eberth, qui pullule dans l'intestin, envahirait le cholédoque et parviendrait ainsi dans la vésicule et les plus fins canaux biliaires ; Gilbert et Dominici, en injectant dans le cholédoque d'animaux des cultures du bacille d'Eberth, ont pu reproduire des cholécystites suppurées.

Cette doctrine pathogénique est possible, mais elle n'est pas la seule possible.

Elle est acceptable si on considère la fièvre typhoïde

comme une maladie de l'intestin. Mais, depuis que les progrès de la technique bactériologique ont appris à déceler le bacille d'Eberth, d'une façon constante, dans le sang des typhiques, la fièvre typhoïde n'apparaît plus comme une entérite, mais avant tout comme une septicémie.

« Désormais, comme l'écrivait Sanarelli en 1894, la fièvre typhoïde ne peut pas plus être considérée comme une maladie de l'intestin, que la variole comme une maladie de la peau. »

Avec cette notion, la conception pathogénique de l'infection descendante des voies biliaires devait tendre à se substituer à celle de l'infection ascendante.

Cette théorie, née des recherches anatomo-pathologiques et expérimentales d'Anton et Fütterer, Blachstein, Welch, Chiari, Cushing, Pawloski, s'est affirmée avec les travaux de Förster et Kayser et de Dörr. Ces auteurs ont montré que les bacilles d'Eberth en circulation dans le sang sont éliminés par le foie ; ils arrivent dans les voies biliaires et se multiplient dans la bile qui leur est un excellent terrain de culture.

Par contre, Métin nie la possibilité du passage des microbes à travers le foie, et Heck dit n'avoir jamais trouvé la bile contaminée chez des cobayes atteints de septicémie typhique.

Mais les importantes recherches de Lemierre et Abrami ont démontré l'erreur de Métin et Heck et l'exactitude des faits signalés par Förster, Kayser et Dörr. C'est dans le laboratoire de M. Widal que les expériences ont été faites. Lemierre et Abrami ont pris des lapins et, dans la veine marginale de l'oreille de ces animaux, ont injecté des émulsions de bacilles d'Eberth dans l'eau physiologique. Les animaux ont été sacrifiés après quel-

ques heures ou plusieurs jours ; l'autopsie était faite immédiatement, et sang, bile, urine, parfois rate, foie, contenu intestinal, étaient ensemencés. Dans ces conditions, le bacille d'Eberth a été isolé de la vésicule biliaire. Les expérimentateurs ont fait des tableaux suggestifs ; la proportion des succès est considérable puisque, sur vingt-six animaux, ainsi examinés, dix-huit fois la bile contenait le microbe employé.

L'expérience prouve encore que les bacilles ayant pullulé dans la vésicule arrivent avec la bile dans l'intestin grêle, où l'on peut parfois déceler leur présence. Cette élimination des bacilles hors des voies biliaires, qui peut se faire tôt mais aussi très tard, est grosse de conséquences. Nous touchons alors à la question des bacillophores ; nous y reviendrons.

Le troisième point important que démontrent les expériences est que ces microbes d'Eberth se multipliant dans la vésicule, déterminent des lésions de cholécystite par un processus spontané, sans traumatisme préalable des voies biliaires.

Quoi qu'il en soit l'infection biliaire éberthienne se fera d'autant mieux qu'il y aura prédisposition. Il faut tenir compte de la débilité acquise ou familiale des voies biliaires de la cholémie familiale et surtout de la lithiase biliaire antérieure. La plupart des observations que nous citerons notent expressément cette cause prédisposante.

Nous avons ainsi un aperçu général de la pathogénie et de l'étiologie, sans oublier la fréquence de l'infection éberthienne de l'arbre biliaire.

Quelles sont les lésions ? et quels sont les signes ? si l'infection peut être uniformément généralisée à toutes les voies biliaires, le plus souvent elle prédomine assez sur une partie de l'arbre excréteur de la bile, voies biliaires intra-

hépatiques, voies extra-hépatiques, vésicule biliaire, pour donner au tableau clinique une physionomie différente. En fait, selon le mot de Quénu et Joltrain, la localisation à la vésicule est la règle, et la généralisation angiocholique de l'inflammation éberthienne est l'exception.

Nous ne parlerons que de l'anatomie pathologique de la cholécystite dans la typhoïde.

Les lésions produites sont dans la vésicule biliaire celles que nous trouvons d'ordinaire dans l'intestin :

1° Lésions d'inflammation commençante, lésions de catarrhe ;

2° Lésions d'inflammation avec pus ;

3° Lésions d'ulcérations et perforation ;

4° Lésions de cicatrisation.

Ce qui caractérise le mieux la cholécystite éberthienne, c'est la tendance ulcéreuse de l'inflammation. Il semble, selon la juste remarque de Dominici, que le genre typhique « conserve dans les voies biliaires les propriétés ulcéra-tives qu'il possède vis-à-vis de l'intestin ». Et, dans la vésicule comme dans l'intestin, le processus ulcéreux aboutit assez souvent à la perforation et à la péritonite généralisée, il donne en tout cas fréquemment naissance à des lésions de péritonites partielles ou péricholécystites.

Le bacille d'Eberth a une action vraiment spécifique sur la vésicule et comparable en tous points à celle qu'il a sur l'intestin. Ne pouvons-nous pas admettre que le processus profondément destructif qui, dans la fièvre typhoïde, envahit les plaques de Peyer ou les follicules clos est semblable au processus aboutissant à la perforation de la vésicule ?

L'intestin et les voies biliaires ont même origine embryologique et grande analogie de structure. La surface interne de la vésicule est recouverte de villosités vasculaires, rap-

pelant les villosités de la première portion du duodénum. Sappey a reconnu à ces villosités une structure et des fonctions complètement analogues aux fonctions et à la structure des villosités de l'intestin grêle. De plus, nous trouvons, dans les mailles du chorion et dans les villosités, des éléments lymphoïdes absolument semblables à ceux de l'intestin (Testut). La muqueuse de la vésicule biliaire paraît donc être, au moins à sa superficie, un prolongement à peine modifié de la muqueuse de l'intestin (Hagemüller).

On peut admettre que dans des tissus similaires, et de plus, continus, on aura sous la même influence microbienne les mêmes lésions spécifiques.

Dans les deux cas d'ailleurs, le bacille d'Eberth infiltre les éléments lymphoïdes, produit une nécrose du tissu infiltré, lequel s'élimine en laissant une ulcération qui aboutit elle-même à la perforation ou à la cicatrisation. Pujebet dans sa thèse inaugurale a soutenu cette idée de la similitude des processus et apporté une observation-preuve. « On trouve, dit-il, dans les parois de la vésicule deux saillies de un centimètre de longueur dans leur plus grand diamètre, ressemblant à de petites plaques de Peyer; on trouve aussi deux perforations complètes, faites pour ainsi dire à l'emporte-pièce et dues certainement à l'ulcération de plaques semblables à celles que nous venons de signaler. »

« D'autre part, ajoute ce même auteur, l'hémorragie qui peut se faire dans les voies biliaires au cours de l'infection éberthienne est pour nous un point de ressemblance de plus avec le processus typhique intestinal. »

L'ulcération et la perforation sont donc les lésions les plus fréquentes dans l'infection de la vésicule biliaire par

l'Eberth, aussi les formes cliniques dites ulcéreuse et perforante sont surtout intéressantes.

Au point de vue clinique, en effet on peut distinguer :

La cholécystite éberthienne catarrhale;

La cholécystite éberthienne purulente;

La cholécystite éberthienne ulcéreuse;

La cholécystite éberthienne perforante.

Et ces formes de cholécystites éberthiennes, que nous appelons éberthiennes parce que l'Eberth est le principal agent de l'infection, quoiqu'il soit souvent associé à d'autres microbes : *bacterium coli*, staphylocoque doré, streptocoque, etc., ces formes de cholécystites, dis-je, sont aiguës, et typhiques. Elles se montrent au cours ou dans la convalescence de la typhoïde.

On doit ainsi parler de cholécystites aiguës précoces et de cholécystites aiguës tardives.

Les cholécystites aiguës précoces sont celles observées au cours de la typhoïde, avant le début de la convalescence.

Ces cholécystites peuvent être très précoces même.

Nous avons trouvé une observation de Chedebergue de cholécystite typhique ignorée pendant la vie, constatée à l'autopsie le 5^e jour. (1) On cite toujours le cas de Louis (2) où la cholécystite suppurée fut observée à l'autopsie le 8^e jour. Dans une observation de Parmentier (3), les accidents éclatent le 9^e jour et la mort survient quelques jours après.

(1) Chedebergue. — De la fièvre typhoïde et de ses manifestations (Th. Paris, 1864).

(2) Louis. — Recherches sur la fièvre typhoïde, 2^e édition, 1841.

(3) Parmentier. — *Bul. Soc. anat.*, juin 1900.

La perforation de la vésicule survient le 7^e jour dans l'observation de Hawkins (1), le 11^e jour dans celle de Gundegger (2).

Dans un cas de Legendre (3), les lésions vésiculaires furent vérifiées au 2^e septénaire; dans un cas de Frerichs (4), la cholécystite aiguë existait au 3^e septénaire, de même dans un cas d'Osler et Mason (5). La perforation de la vésicule survient à la fin de la 3^e semaine dans les observations de Montagu, Williams Monnier (6), au 5^e septénaire dans un cas de Ranvier (7), etc.

Les cholécystites aiguës tardives sont celles qui surviennent dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

A propos des mots « convalescence de typhoïde » rappelons les phrases de Quénu : « Il est assez facile en général de limiter le début de la convalescence. Il est moins aisé de dire quand elle finit et de séparer les cholécystites de la convalescence de celles qui surviennent plus tard, à une époque où certains considéreraient la convalescence comme achevée. » Convenons que la convalescence de la fièvre typhoïde dure trois mois.

On note un intervalle de 12 jours entre la défervescence thermométrique et l'élévation de température due à la cholécystite dans un cas de Lejars (8); de 15 semaines

(1) Hawkins. — *Lancet*, 1891, t. I, p. 313.

(2) Gundegger. — *Centralblatt f. Chirurgie*, 1903, p. 125.

(3) Le Gendre. — *Bul. Soc. anat.*, juin 1900.

(4) Frerichs. — *Traité pratique des maladies du foie*, traduit par Dumesnil et Pellagret, 2^e édit., p. 770.

(5) *Journ. of the med. sciences*, 1899.

(6) Williams Monnier. — *Lancet*, 1895, t. I, p. 534.

(7) Ranvier. — *Bul. Soc. anat.*, 1864, p. 433.

(8) Lejars. — *Semaine médicale*, 27 juin 1906.

dans l'observation d'Osler et Halsted (1). La cholécystite s'est déclarée tout de suite au début de la convalescence (3^e jour) dans l'observation de Laignel-Lavastine (2), au 17^e jour de la convalescence chez la malade de Souligoux et Galliard (3), à la 4^e semaine dans le cas de Schæmaker (4).

Le malade de Neilson (5), convalescent d'une fièvre typhoïde, au 58^e jour, présente la symptomatologie de la cholécystite, est opéré d'ailleurs et autopsié. Dans le cas Mauclaire (6), le malade n'avait plus de fièvre depuis 2 mois 1/2 ; dans le cas de Hirst (7), il n'en avait plus depuis 3 mois quand la cholécystite a élevé de nouveau la température.

La distinction entre les cholécystites éberthiennes aiguës, précoces ou tardives, doit donc être faite, et les observations sont nombreuses où cette distinction est possible. Mais il y a un très grand nombre de cas dans lesquels la date d'apparition des symptômes n'est pas déterminée. Sur les 154 cas de cholécystites typhiques, rassemblés par Thomas (8), cent fois la date d'apparition n'est ni spécifiée, ni déterminée, parce que les symptômes de la complication biliaire passent inaperçus et sont confondus avec les symptômes et signes

(1) Osler et Halsted. — *Transact. of the Ass. of amer. Phys.*, 1897.

(2) Laignel Lavastine. — *In th. Velarde*, Paris, 1909, p. 87.

(3) Galliard et Souligoux. — *Soc. méd. des hôpil.*, 17 nov. 1905.

(4) Schæmaker. — *Ann. of Surgery*, 1902, p. 455.

(5) Neilson. — *Ann. of Surgery*, 1901, p. 68.

(6) Mauclaire. — *Bull. Société Chirurgie*, oct. 1907.

(7) Hirst. — *Americ. Medecine*, 1905, p. 222.

(8) Thomas, — *New-York medical Journal*, 12 oct. 1907.

propres à la fièvre typhoïde, et c'est à l'autopsie qu'on découvre la suppuration de la vésicule, la cholécystite.

La cholécystite aiguë tout court a une symptomatologie qui, schématiquement, se résume dans « calor, dolor, tumor et rubor ». La vieille formule de Celse paraîtra parodiée ; cependant il s'agit bien, dans la cholécystite, de processus inflammatoire. La cholécystite se traduit par la fièvre, la douleur dans la région hépatique, la tumeur biliaire et le changement de coloration de la peau : l'ictère.

La fièvre revêt plusieurs formes : 1^o la fièvre hépatalgique de Charcot, avec grand frisson surtout, et puis, chaleur et sueur ; 2^o la fièvre intermittente hépatique de Monneret et Charcot ou fièvre bilioseptique de Chauffard, la fièvre rémittente.

La douleur dans la région hépatique (hypocondre droit) est souvent spontanée avec irradiations dans le dos, dans les reins, dans l'épaule droite ou entre les épaules. Cette douleur est surtout provoquée, et, comme localisation de la douleur, à la pression, nous trouvons un point ou mieux une plaque, un peu plus élevée que le point de Mac Burney (à trois travers de doigt environ au-dessus de ce point), sur le bord externe du muscle droit.

La tuméfaction sous-hépatique, volumineuse généralement, permet à elle seule de faire le diagnostic de cholécystite. Cette tumeur biliaire siège à l'angle formé par les fausses côtes et le bord externe du grand droit.

Pour J.-W. Taylor(1), si l'on tire une diagonale du point où est situé le fond de la vésicule, près de la naissance du cartilage de la dixième côte, au côté opposé de

(1) *British Medical Journal*, 1885, cité par Cadiac.

l'abdomen, en croisant la ligne médiane, un peu au-dessous de l'ombilic, on aura l'axe suivant lequel se développe la vésicule.

L'ictère, ou plutôt la teinte subictérique, fait penser à des lésions d'angiocholite concomitant.

Tous ces signes de cholécystite : fièvre, douleurs, ictère, existent, mais passent inaperçus quand il s'agit de cholécystite éberthienne précoce ou tardive, surtout quand il y a cholécystite précoce.

Au cours de la fièvre typhoïde, en effet, ces symptômes sont plus ou moins effacés, masqués même, et, s'ils sont accusés, ils sont mal interprétés. Examinons-les théoriquement bien.

La fièvre ne fournit pas d'indication utile. La courbe de la dothiéntérie, à la période de début, ne varie pas. Notons cependant une chute momentanée, avec reprise et exagération des accidents fébriles dès le lendemain, dit Quénu, à propos des observations de Monnier et Sheild, Chantemesse, Parmentier, Widal.

La douleur, dans le côté droit du ventre est intéressante. Sans doute la douleur spontanée est mal localisée ; les malades indiquent le pourtour de l'ombilic et le côté droit. Il en est ainsi, en général, pour toutes les douleurs vives du ventre. La douleur provoquée est bien celle de cholécystite.

Kelly insiste sur la douleur épigastrique chez les typhiques et estime que l'on doit penser à la cholécystite au cours de la fièvre typhoïde, quand il y a ce point douloureux épigastrique avec des nausées.

La tuméfaction sous-hépatique est un signe essentiel. Elle est assez volumineuse dans un certain nombre de cas. Dans l'observation de Mason, elle mesurait 4 pouces.

Dans le cas de Camac, elle fut prise pour un abcès du foie, tellement elle était grosse.

L'ictère est plutôt rare dans la cholécystite éberthienne.

Dans la convalescence de la fièvre typhoïde, les signes de cholécystite sont analogues à ceux de la cholécystique précoce, avec cette différence qu'ils se détachent plus nettement et ne risquent pas de passer inaperçus et confondus avec les symptômes et signes propres à la fièvre typhoïde.

La fièvre a une signification. Alors que les phénomènes abdominaux dothiéntériques et la diarrhée avaient disparu, que l'alimentation avait été reprise et que la courbe thermométrique de fièvre typhoïde n'oscillait plus qu'entre 37°2 et 37°6, de nouveau le thermomètre remonte. En même temps la douleur est vive au niveau de l'hypocondre droit, et la tuméfaction sous-costale est nette. Il y a donc bien cholécystite.

Telle est donc la symptomatologie, au point de vue théorique, de la cholécystite éberthienne précoce ou tardive. Complétons-la par l'étude rapide des signes des diverses formes cliniques, distinguées d'après l'anatomie pathologique.

a) La cholécystite éberthienne catarrhale se caractérise par la douleur dans l'hypocondre droit et l'apparition de la tuméfaction sous-hépatique. Ces signes sont essentiels. Les autres signes secondaires sont la fièvre, les vomissements bilieux et l'ictère.

b) La cholécystite éberthienne purulente ajoute aux signes précédents essentiels et secondaires, l'hyperleucocytose comme chez les malades de Neilson, Schæmaker et Cooper-Ashurst.

c) La cholécystite éberthienne ulcéreuse outre les si-

gnes précédents est parfois signalée par du melæna comme dans l'observation d'Achard et Feuillé.

d) La cholécystite éberthienne perforante présente le tableau dramatique de la péritonite suraiguë par perforation, avec douleur subite extrêmement aiguë, « en coup de poignard » comme dans l'observation de Kiliani, où existait aussi une perforation idéale.

Le tableau symptomatique de la cholécystite éberthienne au cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde est aussi complet, quoique très rapide. Mais « ces symptômes passent trop souvent inaperçus », dit Quénu. C'est à l'autopsie qu'on découvre la suppuration de la vésicule ».

Ces erreurs sont explicables. Dans la plupart des cas, l'état adynamique grave, le ballonnement du ventre, marquent les symptômes locaux et généraux. Ailleurs, la douleur de la cholécystite peut être prise pour la simple douleur iliaque habituelle des typhiques. « S'exagère-t-elle, dit Quénu, on pense naturellement à une propagation de l'inflammation des plaques de Peyer, à une réaction péritonique, au voisinage de ces plaques ulcérées, à l'extension de l'inflammation, à l'appendice ou à une perforation intestinale. » D'autres fois encore, la tumeur est prise pour la contracture localisée du grand droit et réciproquement. Enfin, certains signes peuvent faire défaut, ainsi l'hyperleucocytose manqua chez le malade d'Otto Kiliani et pourtant le fond de la vésicule était gangrené et perforé.

Nous ne voulons pas momentanément insister sur le diagnostic de la cholécystite éberthienne. Nous y reviendrons. Retenons seulement cette proposition : Ce diagnostic est difficile.

Quoi qu'il en soit, la cholécystite éberthienne, au cours

et dans la convalescence de la fièvre typhoïde est très fréquente. Si on surveille attentivement la région de la vésicule, si on tient compte des moindres douleurs accusées par les malades dans la région de l'hypocondre, et si de temps en temps on y pratique une exploration discrète, la cholécystite n'est pas ignorée, le diagnostic est fait et le traitement convenable est institué.



CHAPITRE II

La cholécystite éberthienne aiguë au cours et dans la convalescence de la fièvre typhoïde se termine généralement par la mort si on ne traite opératoirement.

Au cours et dans la convalescence de la fièvre typhoïde, la cholécystite éberthienne est grave. On peut dire avec quelques auteurs exagérant un peu la vérité : « la terminaison normale de la cholécystite éberthienne est la perforation ». Nombreuses sont les observations qui se sont terminées par la mort.

J'en fais une énumération et j'indique les auteurs et les références bibliographiques :

Obs. 1. — HUSSON. — *Bulletin de la Soc. anatom.*, p. 184, 1835.

Cholécystite ignorée pendant la vie. — Mort au 3^e septénaire. — Perforation de la vésicule biliaire. — Epanchement dans le péritoine.

Obs. 2. — LOUIS. — Recherches sur la fièvre typhoïde, 2^e édition, 1841.

a) Cholécystite ignorée pendant la vie. — Mort au 80^e jour.

b) Cholécystite ignorée pendant la vie. — Mort au 20^e jour.

c) Cholécystite ignorée pendant la vie. — Mort au 25^e jour. Dans les trois cas lésions légères.

Obs. 3. — ARCHAMBAULT. — Bull. de la Soc. anat., p. 90, Paris, 1852.

Cholécystite typhoïde méconnue. — Diagnostic de perforation intestinale au 5^e septénaire. — Mort au 7^e. — Perforation de la vésicule; communication avec un foyer intrapéritonéal.

Obs. 4. — BARTHEZ et RILLIET. — Traitement des maladies des enfants, 2 vol., p. 5 et 701, 2^e édit., 1853.

Cholécystite typhoïde au 3^e septénaire méconnue pendant la vie. — Mort au 8^e septénaire. — Perforation de la vésicule biliaire, communication avec un foyer d'épanchement intrapéritonéal.

Obs. 5. — LABBÉ. — Bull. de la Soc. anatom., p. 209, 1857.

Cholécystite typhoïde ignorée pendant la vie. — Mort au 41^e jour. — Deux ulcérations dont une perforante. — Pas de péritonite.

Obs. 6. — L. COLIN. — Etudes cliniques et médecine militaire, p. 197, Paris, 1864.

Cholécystite typhoïde au 3^e septénaire. — Mort au 4^e.

— Ulcération. — Perforation. — Communication avec un foyer intrapéritonéal.

Obs. 7. — RANVIER. — Bull. de la Soc. anatomique, p. 453, 1864.

Cholécystite typhoïde ignorée pendant la vie. — Mort au 5^e septénaire. — Perforation de la vésicule biliaire. — Péritonite généralisée.

Obs. 8. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen. Paris, 1874.

Cholécystite typhoïde ignorée pendant la vie. — Mort au 2^e septénaire. — Perforation de la vésicule biliaire. — Péritonite généralisée.

Obs. 9. — P.-L. LEGENDRE. — Société anat., 1881.

Accidents péritonitiques consécutifs à une cholécystite suppurée avec perforation de la vésicule biliaire au début d'une fièvre typhoïde.

Obs. 10. — KIENER et LAFON. — Montpellier médical, 1889.

Cholécystite typhoïde au 5^e septénaire. — Perforation de la vésicule biliaire. — Mort au 40^e jour.

Obs. 11. — SCHLIER. — Deut. Archiv. f. klin. Med., 1891, p. 441.

Cholécystite phlegmoneuse vers le 20^e jour d'une fièvre typhoïde. Perforation de la vésicule.

Obs. 12. — ANDERSON. — Medical News, 1896.

Cholécystite suppurée au cours d'une fièvre typhoïde.

— Rupture de la vésicule biliaire. Péritonite généralisée.

Obs. 13. — CHIARI. — *Mercredi médical*, juin 1893, p. 309.

Cholécystite typhoïde ignorée pendant la vie. — Mort au 7^e septénaire.

Obs. 14. — JACOB. — Th. Paris, 1892-1893.

Cholécystite suppurée dans la convalescence d'une fièvre typhoïde — Diagnostic d'appendicite. Résection de l'appendice. — Mort.

Obs. 15. — V. PUJEBET. — Th. Paris, 1903.

Fièvre typhoïde à rechutes. — Mort au 4^e mois de péritonite par perforation de la vésicule biliaire. — Hémorragies intracanaliculaires.

Obs. 16. — V. PUJEBET.

Fièvre typhoïde dans la convalescence. — Cholécystite. — Perforation de la vésicule. — Péritonite. — Mort.

Obs. 17. — GUNDEGGER, cité par Lejars. — *Semaine médicale*, 2 juin 1906.

Cholécystite typhoïde au 2^e septénaire. — Diagnostic de perforation intestinale. — Exploration de l'intestin. — Mort.

Obs. 18. — VEDEL et RIMBAUD. — *Presse médicale*, décembre 1906.

Cholécystite perforante typhoïde précoce. — Diagnostic de péritonite. — Exploration du péritoine. — Mort.

Cette série d'observations est intéressante non seulement parce qu'elle confirme ce que j'avais : la cholécystite éberthienne au cours et dans la convalescence de la typhoïde est grave et se termine fréquemment par la mort, mais aussi elle nous enseigne le pourquoi de ces morts.

La cholécystite n'a pas été traitée ou a été traitée de façon défectueuse, insuffisante.

Le traitement n'a pas été institué parce qu'on a méconnu, ignoré la cholécystite pendant la vie. Le traitement a été insuffisant parce qu'il n'a été que médical.

Le pronostic dépend donc du diagnostic d'abord, et je l'ai dit : ce diagnostic est difficile. Mais encore faut-il le discuter et le poser.

Le pronostic dépend ensuite et surtout du traitement.

Pendant longtemps, le traitement médical a été le seul préconisé.

On se proposait :

1° De calmer la douleur.

2° D'empêcher la perforation.

3° De limiter autant que possible la péritonite lorsque la perforation était apparue.

Contre la douleur, on administrait des opiacés, de la belladone, des anesthésiques, localement on faisait des applications chaudes ou glacées, on plaçait des cataplasmes laudanisés, on recourait à des frictions opiacées, belladonnées, on posait des sinapismes, des ventouses sèches, des ventouses scarifiées, des sangsues.

Contre la perforation on faisait mettre les muscles abdominaux dans le relâchement et on recommandait au malade d'éviter les mouvements brusques.

Contre l'extension de la péritonite on faisait prendre

des préparations opiacées, on conseillait encore une fois la glace localement et on soumettait le patient à l'immobilité absolue et prolongée.

Malgré l'observation rigoureuse de ces prescriptions, dans la plupart des observations et cas diagnostiqués, ainsi traités, le processus infectieux éberthien a marché vers la perforation et la mort.

La cholécystite éberthienne catarrhale qui seule pourrait être une indication de ce traitement médical, arrive (pour ainsi dire par la force des choses) à la purulence et puis l'ulcération, la perforation et la mort.

L'intervention chirurgicale s'impose alors dès qu'il y a présomption suffisante de suppuration.

Il vaut beaucoup mieux, même au cours de la fièvre typhoïde et à plus forte raison dans la convalescence de celle-ci, opérer une cholécystite catarrhale que de laisser une cholécystite purulente à sa dangereuse et généralement mortelle évolution.

CHAPITRE III

On peut et doit opérer la cholécystite éberthienne aiguë dans la fièvre typhoïde ; et il faut savoir choisir le meilleur procédé.

Le traitement chirurgical des infections biliaires est récent ; ce n'est guère que depuis une trentaine d'années à peine qu'il est entré dans la pratique courante.

Les diverses opérations pratiquées, en 1859 par Thudicum, en 1867 par Bilbbs, en 1877 par Simms, étaient des cholécystostomies et avaient été provoquées par des accidents lithiasiques.

Le 15 juillet 1882, Langenbuch fit la première cholécystectomie pour lithiase biliaire encore.

C'est seulement en 1891 que, pour la première fois, nous trouvons une observation de cholécystite éberthienne opérée. Et encore a-t-on été conduit à cette intervention par erreur de diagnostic. Il s'agit de l'observation de Richardson. Dans ce cas, les irradiations douloureuses vers les lombes avaient fait penser à une pyonéphrose,

et, n'ayant en réalité aucun diagnostic positif, on découvrit le rein par une incision lombaire. Devant l'intégrité du rein, on pratiqua une incision oblique dans la région de la vésicule, qu'on ouvrit et fixa à la peau.

En 1896, Scheild et Williams Monnier, à la suite encore d'une erreur de diagnostic, font une laparotomie pour aller à la recherche d'une perforation intestinale et trouvent les lésions dans la vésicule biliaire. Ils procèdent au drainage de cette collection purulente, qui était dans cette vésicule, et leur malade guérit. Cette observation, publiée dans le *Lancet*, de Londres, en mars 1895, est rapportée l'année suivante dans la thèse de Longuet, et l'on commence dès lors à admettre la légitimité d'une intervention chirurgicale en pareille circonstance.

Mais, au mois de juin 1900, à la Société médicale des hôpitaux, Parmentier et Fossard enregistrent un insuccès opératoire chez un de leurs malades. Cette observation est pour eux l'occasion de signaler les dangers d'une telle méthode thérapeutique. Ils admettent que l'abstention peut se discuter en présence d'une cholécystique typhique et, par suite, que le traitement chirurgical n'est pas de rigueur.

Au cours de la même séance, Vidal cite une observation analogue et considère comme très grave et presque imprudente une intervention en pareilles circonstances.

Cependant, tandis que d'une part se produisaient des morts de sujets atteints de cholécystite éberthienne, traitées par l'abstention, d'autre part des interventions étaient suivies de succès. Hamilton, Mittchel, Doléris, Munro, Willis, Chantemesse et Gosset, Landrieux et Cunéo, Da Costa, Finkalstein, pratiquent des cholécystostomies et guérissent leurs malades; Erdman, Patel et Devic, Thomas, Cooper-Ashurst, font des cholécystec-

tomies suivies de guérison. Et nous ne citons là que quelques opérateurs. Si nous consultons le rapport de Quénu et Duval au Congrès international de chirurgie de Bruxelles, nous trouvons un tableau de tous les cas opérés au cours ou dans la convalescence de la typhoïde, et nous constatons que « en ne tenant compte que des opérations réellement faites sur les voies biliaires et complètes », il y a un chiffre de 34 opérés avec 7 morts, soit 20,58 p. 100 de mortalité.

Ajoutons à cette liste les deux cas opérés par notre maître, M. le professeur Forgue, nous avons 36 opérés et 7 morts, soit 19,44 p. 100 de mortalité.

Relisons alors ensemble le chapitre précédent de notre travail sur la gravité de la cholécystite éberthienne et sa terminaison fatale; la différence entre la mortalité avec ou sans opération n'est-elle pas déjà pour nous faire accepter le principe de la curabilité par l'intervention chirurgicale.

D'ailleurs, discutons sur les faits. Et, d'abord, énumérons les observations nettes de cholécystites réellement opérées, avec les auteurs, les références bibliographiques, les modes opératoires, le septénaire où cette opération a eu lieu et les résultats.

Notons que ces observations sont divisées en deux groupes : le groupe A, des cas opérés au cours de la fièvre typhoïde, et le groupe B, des cas opérés dans la convalescence.

Groupe A.

Obs. 1. — RICHARDSON. — *Boston med. and surg. Journ.*, 1891, p. 570.

Cholécystostomie. — 4^e semaine. — Guérison.

Obs. 2. — MONIER et SHEILD. — *Lancet*, mars 1895.
Cholécystostomie. — 6^e semaine. — Guérison.

Obs. 3. — ALEXIEFF. — *Americ. Journ. of med. sc.*,
1898, p. 466.

Cholécystostomie. — 5^e semaine. — Guérison.

Obs. 4. — BEL. — *Montreal med. Journ.*, 1898, XXVII,
1 case 7.

Cholécystostomie. — 2^e semaine. — Mort.

Obs. 5. — ROKITSKY. — *Ann. der Rusich. chir.*, 1899.
Cholécystostomie. — 3^e semaine. — Guérison.

Obs. 6. — CAMAC et CUSHING. — *Americ. Journ. of
the med. sc.*, mars 1899.

Ponction puis cholécystostomie. — 3^e semaine. —
Mort.

Obs. 7. — PARMENTIER et FOSSARD. — *Bull. Soc.
anatomiq.*, juin 1900.

Cholécystostomie. — 3^e semaine. — Mort.

Obs. 8. — HAMILTON (1^{er} cas). — *Montreal medical
Journ.*, déc. 1900.

Obs. 9. — HAMILTON (2^e cas). — *Lancet*, 1901.

Cholécystostomie. — 4^e semaine. — Guérison.

Obs. 10. — OTTO KILIANI. — *Ann. of Surgery*, 1901,
p. 34.

Cholécystectomy. — 5^e semaine. — Mort.

Obs. 11. — MITTCHEL. — *J. Hopkins Hosp. Reports*, 1902, t. X.

Cholécystostomie. — 4^e semaine. — Guérison.

Obs. 12. — DOLÉRIS. — *Soc. d'obst., de gynéc. et de ped.*, 10 nov. 1902.

Cholécystostomie. — Cholécystite compl. de grossesse. — Guérison.

Obs. 13. — ERDMAN. — *Annal. of Surgery*, juin 1903.

Cholécystectomie. — 6^e semaine. — Guérison.

Obs. 14. — MUNRO. — *Boston med. and surg. J.*, 1903, p. 146.

Cholécystostomie. — Guérison.

Obs. 15. — P.-W. WILLIS. — *Northwest Medicine*, 1904.

Cholécystostomie. — Perforation vésicul. — Mort.

Obs. 16. — CHANTEMESSE et GOSSET. — Th. Joyon. Paris, 1904-1905.

Cholécystostomie. — 3^e semaine. — Guérison.

Obs. 17. — CUNÉO et LANDRIEUX. — *Soc. méd. des Hôpit.*, 10 fév. 1905.

Cholécystostomie. — 6^e semaine. — Guérison.

Obs. 18. — DA COSTA. — *American Medicine*, 1905, p. 664.

Cholécystostomie. — Guérison.

Obs. 19. — PATEL et DEVIC. — *Lyon médical*, 1906, p. 633.

Cholécystectomie. — 4^e semaine. — Guérison.

Obs. 20. — FINKELSTEIN. — *Russ. Wrat.*, 1907, n° 12.
Cholécystostomie. — Guérison.

Obs. 21. — THOMAS. — *New-York med. Journ.*, 1907, p. 680.

Cholécystectomie. — Guérison.

Obs. 22. — COOPER-ASHURST. — *The Am. Journ. of med. sc.*, avril 1908.

Cholécystectomie. — 6^e semaine. — Guérison.

Groupe B.

Obs. 1. — OSTER et HALSTED. — *Transact. of the Assoc. of amer. Phys.*, 1897.

Cholécystostomie. — 15^e semaine de convalescence.
— Mort.

Obs. 2. — NEILSON. — *Ann. of Surg.*, 1901, p. 68.

Cholécystostomie. — 1^{ers} jours de convalesc. — Mort.

Obs. 3 et 4. — HARTHE (2 cas). — *Ann. of Surgery*, 1901, p. 70.

Opérat. sur les voies biliaires (?). — Guérisons.

Obs. 5. — GIBBON. — *Ann. of Surg.*, 1901, p. 70.

Cholécystostomie. — 1^{re} quinzaine de conval. — Guérison.

Obs. 6. — SCHÆMAKER. — *Ann. of Surg.*, 1902, p. 455.

Cholécystostomie. — 4^e semaine de conval. — Guérison.

Obs. 7. — THOMAS et SCHALBERG. — *Lancet*, 1904, p. 570, 1.

Cholécystostomie. — 1^{ers} jours de convalesc. — Guérison.

Obs. 8. — GALLIARD et SOULIGOUX. — *Société méd. des hôpil.*, 17 nov. 1905.

Cholécystostomie. — 17^e jour de conval. — Guérison.

Obs. 9. — HIRST. — *Amer. Medicine*, 1905, p. 222.

Cholécystostomie. — 3^e mois de conval. — Guérison.

Obs. 10. — LEJARS. — *Sem. méd.*, 27 juin 1906.

Cholécystostomie. — 12^e jour de conval. — Guérison.

Obs. 11. — FRAZIER. — *New-York med. J.*, 1907.

Cholécystostomie. — 1^{ers} jours de conval. — Guérison.

Obs. 12. — MAUCLAIRE. — *Bull. Soc. Chirurgie*, oct. 1907.

Cholécystostomie. — 2^e mois de convalescence. — Guérison.

Obs. 13. — CAVAILLON et LERICHE. — *Revue de Chirurg.*, 1908, p. 848.

Cholécystostomie. — 1^{ers} jours de conval. — Mort.

Obs. 14. — FORGUE (inédite). — Cholécysectomie.
— 1^{ers} jours de conval. — Guérison.

Obs. 15. — FORGUE (inédite).

Cholécysectomie. — 3^e mois de conval. — Guérison.

Au total, il y a 22 cas de cholécystite éberthienne opérée au cours de la fièvre typhoïde et 15 cas opérés dans la convalescence, soit 37 observations intéressantes. Quénu et Duval, dans leur rapport au Congrès de Bruxelles de 1908, ont pu réunir quarante-quatre observations dont 30 au cours de la fièvre typhoïde et 14 dans la convalescence.

Nous avons à dessein omis de faire figurer certaines de ces observations dans notre énumération, parce que les opérations qui ont été pratiquées n'ont pas été réellement faites sur les voies biliaires ou encore n'ont pas été complètes. Nous allons en faire un groupe distinct. Il a une importance notable et offre une preuve que la cholécystite éberthienne pour guérir doit être opérée et bien opérée. Encore une fois l'exception confirme la règle. Il est en effet remarquable de voir que ce sont précisément les opérations incomplètes qui ont donné une énorme mortalité, 6 morts sur 7 opérations au cours de la typhoïde, 2 morts sur 2 opérations dans la convalescence.

Ainsi que nous allons le voir dans notre énumération, les opérations que nous appelons incomplètes sont celles qui ont consisté dans une simple ponction, ou dans l'ouverture d'un abcès sous-hépatique, ou dans une simple laparotomie exploratrice : « L'opération complète étant représentée, comme le dit Quénu, par celle qui ouvre le vésicule enflammée ou perforée, la fixe à la peau, et la draine » ou encore procède à son ectomie.

Groupe C.

Obs. 1. — MASON. — *Boston med. and surg. Journ.*, 1897, p. 449.

Ponctions de la vésicule. — 3^e semaine. — Guérison.

Obs. 2. — MARTIN et KEEMANN. — *Montreal med. Journal*, 1897, XXVI, 572.

Ouverture d'une collection sous-hépatique. — Mort.

Obs. 3. — MARSDEN. — *Med. Chronicle*, 1901, p. 269.
Opération incomplète. — Mort.

Obs. 4. — ALLYN. — *Philad. med. Journ.*, 1901.
Laparotomie. — 2^e semaine. — Mort.

Obs. 5. — GUNDEGGER. — Cité par ERDMAN. — *Ann. of Surgery*, 1903, p. 815.

Laparotomie. — 2^e semaine. — Mort.

Obs. 6. — JEANBRAU (Vedel et Rimbaud). — *Presse médicale*, 6 déc. 1906.

Laparotomie. — Mort.

Obs. 7. — COWPER-ASHURST. — *The amer. Jour. of the med. sc.*, 1908, p. 541.

Laparotomie. — Mort.

Obs. 8. — BONNUS et SCHWARTZ. — Th. Dauriac. — Paris, 1896-1897.

Ouverture d'un abcès du hile du foie. — 2^e mois de convalescence. — Mort.

Obs. 9. — SEVESTRE et JALAGUIER. — Th. Jacob. — Paris, 1893-1894.

Appendicectomie. — 1^{ers} jours de convalescence. — Mort.

Ayant ainsi fait l'exposé des faits, la discussion va être utilement amenée sur les modifications et conditions de l'intervention et le choix du mode de procédé opératoire.

Pour ma part, je dis qu'on peut et doit opérer la cholécystite éberthienne, et j'apporte d'un côté la longue liste des morts parce que ces cholécystites n'ont pas été traitées, d'un autre côté la série des cas opérés et guéris.

Evidemment il y a des morts, aussi.

Exemple :

Groupe A.

Obs. 4. — Bel.

Obs. 6. — Camac et Cushing.

Obs. 7. — Parmentier et Fossard.

Obs. 10. — O. Kiliani (éctomie).

Obs. 15. — Willis.

Groupe B.

Obs. 1. — Osler et Halsted.

Obs. 2. — Neilson.

Obs. 3. — Cavaillon et Leriche.

Mais on relève que, dans le cas de Camac et Cushing on perdit son temps à pratiquer d'abord une première, puis

une deuxième ponction, et ce n'est qu'en présence de l'aggravation des accidents qu'on eut recours au drainage de la vésicule.

Dans le cas de Willis, la mort n'est survenue que deux semaines après l'opération par péritonite généralisée.

Dans le cas de Kiliani, il y avait en même temps que la perforation de la vésicule une perforation de l'iléon.

Le malade de Parmentier et Fossard était presque sûrement voué à la terminaison fatale ; l'opération n'a pas empêché ce dénouement mais elle ne l'a pas amené, puisque dans des conditions analogues une intervention chirurgicale procurait le plus souvent la guérison (Ufferte).

Le malade de Neilson, opéré dans un état très grave, succombe à la péritonite peu de jours après l'opération.

Celui d'Osler et Halsted n'est mort que vingt-trois jours après de toxémie, la vésicule à parois friables et nécrotiques était perforée.

Mais admettons que cette analyse des morts est un argument très spécieux et trop faible.

Laissons-nous présenter l'objection en entier. Ainsi on peut nous dire : Non seulement l'opération indiquée a été dangereuse, mais elle est même contre-indiquée. Il faut s'abstenir de traiter opératoirement, l'opération est inutile.

Au fait, étant donné la fréquence de l'infection éberthienne au cours de la fièvre typhoïde, nombreux sont les cas où la guérison est survenue spontanément ou tout au moins par le traitement médical seul.

Et voici des observations desquelles il semble résulter que l'abstention soit une ligne de conduite sage :

Obs. 1. — FRERICHS. — Traité pratique des maladies du foie, traduit par Duménil et Pellagret, 2^e édit., p. 770.

Cholécystite typhoïde au 3^e septénaire. — 6 sangsues.
— Cataplasmes. — Guérison.

Obs. 2. — LEUDET. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen. Paris, 1874.

Cholécystite typhoïde au 4^e septénaire. — Guérison lente. — Intumescence intermittente consécutive de la vésicule biliaire.

Obs. 3. — GRIESINGER. — Traité des maladies infectieuses, traduit par G. Lemaître, p. 250, Paris, 1868.

Cholécystite typhoïde au 6^e septénaire. — Guérison lente définitive au 5^e mois.

Obs. 4. — LAVERAN. — *In* Thèse Hagenmüller, Paris, 1875.

Cholécystite typhoïde au 6^e septénaire. — Guérison.

Obs. 5. — LAFON. — *Montpellier médical*, 1889.

Cholécystite typhoïde à la fin du 2^e septénaire. — Guérison.

Obs. 6. — BRISSON. — *In* Th. Ufferte. Lyon, 1907.

Cholécystite typhoïde au 5^e septénaire. — Guérison.

S'abstenir est une conduite sage, dans ces seuls cas où la cholécystite éberthienne aiguë a revêtu sûrement la forme catarrhale.

Et nous admettons encore qu'il peut y avoir un traitement médical, nous l'avons d'ailleurs déjà dit en passant, mais ce n'est que dans la cholécystite catarrhale. Prescrivons : immobilisation, suppression des bains dans le cours de la fièvre typhoïde, grande vessie de glace constamment appliquée sur la région cystique et la débor-

dant légèrement, régime lacté intégral et de temps en temps cholagogues à très faibles doses. Mais, si après une à deux semaines de ce traitement scrupuleusement suivi, la cholécystite n'est pas « refroidie », il y a des chances pour une transformation purulente, ulcéreuse et perforante. Il y a lieu de discuter l'intervention chirurgicale, et quand la phase ulcéralive ou perforante est bien diagnostiquée il faut opérer.

Qu'on ne vienne pas dire que précisément ce diagnostic de la cholécystite qui est souvent entouré des plus grandes difficultés, — et nous avons souligné nous-même déjà ces difficultés, — est l'argument indiscutable contre l'intervention. Sans doute l'objection est grave.

Mais la confusion possible avec une appendicite, ou une perforation intestinale par exemple, n'est pas une contre-indication opératoire. D'ailleurs, discutons :

Parmentier et Fossard, à propos du cas de mort après cholécystostomie, avaient attiré l'attention sur la difficulté de diagnostic, car ils avaient pris pour une appendicite ce qui était une cholécystite et ils disaient :

« Malgré un examen attentif, on peut rester hésitant entre une cholécystite ou une appendicite... Quand on perçoit la tumeur vésiculaire piriforme, le diagnostic s'impose, mais le tympanisme et la résistance musculaire empêchent bien souvent de la percevoir... Enfin le début des symptômes peut être tellement foudroyant qu'on peut croire à une péritonite par perforation. Le plus souvent ce diagnostic a été réellement porté, alors qu'il y avait simplement péritonite de voisinage autour d'une vésicule suppurée », et ils concluaient : « on conçoit fort bien que des médecins prudents n'osent intervenir » à cause de cette difficulté du diagnostic.

Widal a ajouté :

« Le diagnostic de la cholécystite chez les typhiques est souvent entouré des plus grandes difficultés. On peut la diagnostiquer alors qu'elle n'existe pas. Chez un de nos malades en pleine période de rechute de fièvre typhoïde, l'apparition de douleurs violentes au niveau de la vésicule biliaire accompagnée de vomissements bilieux et la constatation d'une tuméfaction à ce niveau avaient fait penser à une cholécystite.

» Après quelques jours d'observation, ces symptômes persistants et l'état général du malade empirant, je me décidai « in extremis » à faire opérer la malade. *La vésicule biliaire aussi bien que les organes abdominaux étaient sains.* Il s'agissait sans doute, dans ce cas, d'une tumeur fantôme due à la contraction des muscles abdominaux. La malade succomba quelques jours après l'opération. De tels cas doivent être publiés parce qu'ils nous enseignent non seulement combien est difficile le diagnostic en pareille occurrence, mais aussi ils nous apprennent combien est délicate la détermination à prendre. »

Est-ce à dire que ces confusions ont amené la mort ? Est-ce que le fait de penser à un appendicite ne commandait pas l'intervention ? Est-ce que la conduite à tenir en face d'une perforation n'est pas la laparotomie ?

Lereboullet, en 1896, à l'Académie de Médecine recommande la laparotomie lorsque la température se maintient élevée avec un pouls déprimé et de fréquence moyenne et lorsque la perforation a un point de départ appendiculaire.

Fix et Gaillard, en 1903, rapportant quatre nouveaux cas de perforation intestinale traités par la laparotomie et la suture intestinale, montrent que trois opérés ont survécu tandis que le traitement médical, seul employé

jusque-là, avait toujours conduit les malades à une issue fatale.

Le professeur Dieulafoy, à propos de l'infection appendiculaire paratyphoïde, dit : « L'opération s'impose et il faut opérer d'une façon précoce avant que la toxinfection ait eu le temps de faire son œuvre (1). »

« Ce qu'il faut poser en principe, dit Lejars, en principe invariable, c'est que, dans l'une ou l'autre éventualité et quelle que soit l'obscurité du diagnostic, l'intervention s'impose d'emblée : elle est tout aussi nécessaire et immédiatement nécessaire dans la complication vésiculaire que dans l'appendicite ou la perforation intestinale (2). »

« Qu'importe après tout, disent Vedel et Rimbaud, que les signes de perforation et de péritonite soient attribués à l'intestin, à l'appendice ou à la vésicule biliaire : l'indication opératoire n'en est pas moins formelle dans les trois cas ; l'intervention fera la lumière et sera seule capable de guérir (3). »

Ce n'est pas l'idée d'une confusion possible entre ces trois diagnostics qui doit arrêter un opérateur.

Ce n'est pas non plus l'objection : gravité et difficulté de l'intervention chirurgicale chez les typhiques qui doit nous arrêter.

Le typhique paraît évidemment à priori un mauvais terrain au point de vue chirurgical. Tout son organisme a été débilité par une maladie souvent très longue. Le système nerveux est en état de méiopragie, comme le mon-

(1) Dieulafoy. — Manuel de path. int., t. IV, p. 139.

(2) Lejars. — *Semaine médicale*, 27 juin 1906.

(3) Vedel et Rimbaud. — *Presse médicale*, 8 décembre 1906.

tre l'abattement, qui est l'un des caractères dominants de cette affection où l'on peut se demander s'il sera capable de réagir d'une façon suffisante contre le traumatisme chirurgical. Les médecins disent avec Widal : « une opération abdominale chez les typhiques est toujours extrêmement redoutable, trop souvent néfaste. »

Nous répondons avec Quénu : « il ne faut pas s'exagérer la gravité de l'intervention chirurgicale chez les typhiques. »

D'abord, la vitalité de certains typhiques est surprenante. Mauger cite en particulier trois observations qui en sont la preuve. Dans la première, qui est de Herbert et Watkins, le malade guérit après avoir successivement présenté les complications suivantes : 5 abcès parotidiens, phlegmon, double otite, arthrite purulente du genou. Dans la seconde observation, de Heurteaux, un enfant de 10 ans est opéré en l'espace de quelques jours pour une perforation, puis pour une occlusion intestinale, et guérit. Enfin, dans la troisième, tirée des bulletins de l'hôpital de John Hopkins, un enfant de 9 ans subit en quinze jours et avec succès trois laparotomies : l'une pour une perforation, l'autre pour une seconde perforation, la troisième pour une occlusion.

La malade de Patel et Devic (Obs. 19, groupe A) subit à quinze jours d'intervalle une éviscération suivie de la création d'un anus iliaque d'une part, et une cholécystostomie d'autre part ; son état s'améliore rapidement.

Non, « la fièvre typhoïde n'est pas en soi une contre-indication opératoire » (Ufferte), le typhique est résistant d'ailleurs.

Et puis, si « les statistiques d'interventions pour perforations intestinales typhiques sont très chargées », constatons le fait, mais « n'en déduisons qu'une chose, c'est qu'il est grave pour un individu de perforer son in-

testin et de répandre dans son péritoine un contenu intestinal éminemment septique ».

Quelle que soit donc l'objection présentée, le traitement chirurgical de la cholécystite éberthienne au cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde conserve sa valeur que la statistique lui accordait incontestablement *à priori*.

La cholécystite suppurée, ulcéreuse ou perforante, commande l'intervention. L'indication est nette.

Et pour éclairer notre conduite, — nous revenons alors au chapitre I de notre travail sur les symptômes et le diagnostic, — pour bien décider de l'intervention, observons soigneusement tous les signes et entre autres la vivacité des réactions locales jointes à l'examen leucocytaire, la brusquerie des phénomènes douloureux, leur intensité, les symptômes généraux qu'on est habitué à rencontrer dans les cas de perforation viscérale. Nous le savons : le diagnostic est difficile, mais ne faisons que supposer la possibilité même de cette cholécystite et notre acte chirurgical est justifié. « L'intervention fera la lumière et sera seule capable de guérir. »

Nous voilà ainsi amené à la question de choisir le mode de procédé opératoire.

Tout de suite nous faisons remarquer que c'est d'après l'étude comparée des observations des groupes A et B, que nous établissons notre argumentation.

Ce sont les opérations complètes qui nous intéressent.

« Nous réprouvons les ponctions de la vésicule à travers la paroi. S'adressant à une vésicule friable et ulcérée, elles nous paraissent plus graves que l'incision franche et, d'autre part, comme on ne sait jamais si une perforation existe ou non, la ponction est une mauvaise

intervention à rejeter, malgré le succès d'ailleurs unique de Mason (Obs. 1; groupe C.) » (Quénu).

Nous avons à faire choix entre la cholécystostomie et la cholécystectomie.

La cholécystostomie a été pratiquée beaucoup plus souvent que la cholécystectomie.

Dans le groupe A, des cholécystites précoces, la cholécystostomie est observée 17 fois, et la cholécystectomie 5 fois. Dans le groupe B, des cholécystites tardives, il n'y a que les deux cholécystectomies pratiquées par M. le professeur Forgue, sur 15 cas relatés.

En additionnant les résultats donnés par ces interventions nous obtenons :

17 cholécystostomies	(Gr. A)	13 guérisons	4 morts
13 —	(Gr. B)	10 —	3 —
5 cholécystectomies	(Gr. A)	4 —	1 —
2 —	(Gr. B)	2 —	» —

soit un total de trente cholécystostomies avec sept morts et six cholécystectomies avec une seule mort.

La mortalité est ainsi de 20,33 0/0 pour les cholécystostomies et de 16,66 0/0 pour les cholécystectomies.

Dans la majorité des cas donc, la cholécystostomie a été l'opération de choix. Et nous allons étudier pourquoi.

Tandis que, dans les deux observations inédites que nous publions, la cholécystectomie a été choisie et suivie d'excellents résultats. Pourquoi encore ?

Nous ne pensons pas, avec la plupart des opérateurs, qu'il faille être absolue et préférer de parti pris l'ectomie à la stomie ; mais la suppression de la vésicule biliaire

infectée par l'Eberth doit souvent être décidée, plus souvent qu'elle ne l'a été jusqu'à aujourd'hui.

Le cholécystostomie est une opération plus simple, plus facile, plus rapide, et il n'est pas indifférent au cours de la fièvre typhoïde (dans les cholécystites précoces donc) de tenir compte de ces avantages.

Je résume en effet le manuel opératoire.

Le patient est placé le tronc en hyperextension ; on fait saillir les hypocondres et l'épigastre (billot de Lawson-Tait, barre lombaire de Mayo-Robson). La paroi est largement incisée, et les procédés abondent qui permettent d'aborder la région hépatique : incision de Kocher, parallèle au rebord costal ; incision de Courvoisier, parallèle au bord antérieur du foie, là où il est palpable ; incision en crochet de Czerny ; incision en S de Béran ; incision de Mayo-Robson et incision de Kehr, ces deux derniers sont les plus employés.

L'incision de Mayo-Robson part des fausses côtes, à deux travers de doigt du bord interne du muscle droit, et descend verticalement sur une étendue de dix centimètres. En haut, elle se prolonge par une incision oblique parallèle au rebord des fausses côtes, et se dirige vers l'appendice xiphoïde.

L'incision de Kehr, incision en baïonnette, part de l'appendice xiphoïde, suit verticalement la ligne médiane jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, dévié à droite ; coupant la moitié interne du muscle droit, puis descend de nouveau verticalement sur une étendue de quatre à cinq travers de doigt. Ne sectionnant pas en totalité le muscle droit, ce procédé permet d'éviter les éviscérations que semblerait appeler une ouverture si large de la cavité abdominale.

L'incision faite, la vésicule est explorée et ouverte di-

rectement, le péritoine étant protégé par un lit de compresse. Secondairement la poche est fixée à la paroi ; mais cette suture n'est pas nécessaire.

La fistule restera ouverte un temps variable, suivant les cas, la plupart du temps trois semaines à un mois.

La cholécystectomie est plus longue et présente plus de difficultés.

Après incision de la paroi par un des procédés que nous avons décrits à propos de la cholécystostomie (le procédé de Kehr a été employé dans les deux cas de M. le professeur Forgue). L'opérateur marche droit à la vésicule. S'il la trouve énorme, distendue, il réduit par une ponction aspiratrice le volume de la tumeur, ou encore la vide par une incision franche, la cavité péritonéale étant hermétiquement protégée. On explore les voies principales, hépatiques et cholédoque. On lie l'artère cystique. On résèque la vésicule, et cette résection est la plupart du temps très difficile à cause des adhérences de péricholécystite qui rendent l'intervention dangereuse par les risques de rupture vésiculaire précoce ou d'hémorragie.

La cholécystostomie est le mode opératoire qui remplit suffisamment et seulement l'indication de drainer la vésicule.

La cholécystectomie est une opération radicale. Dans la lithiase, suivant le mot de Langenbuch, supprimer la vésicule, c'est supprimer les pierres et la carrière ; dans la cholécystite éberthienne, c'est enlever le foyer d'infection.

Le drainage des voies biliaires est souvent suffisant pour déterminer la régression des symptômes morbides ; il a de bons résultats immédiats. La cholécystite éberthienne a été ainsi guérie 23 fois sur 30 cas. Mais les ré-

sultats éloignés ne sont pas toujours satisfaisants. On peut reprocher à la cholécystostomie de provoquer des fistules persistantes, d'être suivie d'adhérences péri-cystiques, donnant le douloureux tableau clinique de la pseudo-colique hépatique, et de ne pas empêcher l'infection vésiculaire de récidiver.

Les malades cholécystectomisés ont de meilleurs résultats définitifs : ils ne souffrent ni d'infections récidivantes, ni de coliques par adhérences.

La cholécystectomie est une intervention très rationnelle et d'ailleurs physiologiquement permise. Les guérisons opératoires désormais indiscutables nous prouvent que la vésicule n'est pas un organe indispensable. Tous les opérateurs sont unanimes à reconnaître que jamais leurs opérés n'ont présenté dans la suite le moindre accident physiologique dû à l'absence de vésicule. Michaux, qui un des premiers en France a pratiqué la cholécystectomie, s'est étendu longuement sur les résultats éloignés : « L'étude des résultats éloignés de mes cholécystectomies, dit-il, et de celles de mes collègues démontre qu'après la cholécystectomie la guérison est presque toujours complète, radicale. Il n'y a plus de douleurs, plus de coliques hépatiques ; les fonctions digestives s'exécutent parfaitement ; les malades engraisent, se portent à merveille, et je ne connais pas pour ma part d'opérés plus reconnaissants que les opérés d'extirpation de la vésicule. »

Enlever une vésicule biliaire contaminée par l'Eberth, c'est préserver non seulement l'individu lui-même contre les dangers toujours possibles d'une infection biliaire, mais aussi la société contre un agent de dissémination de la fièvre typhoïde. Et nous revenons alors à la question intéressante des bacillifères, ou bacillo-

phores que nous osions à peine poser au début de notre travail. « Une fois installé dans la vésicule biliaire, le bacille d'Eberth paraît susceptible d'y garder indéfiniment ses propriétés et sa vitalité, il en devient pour ainsi dire l'hôte définitif.

En voici un exemple type : chez un malade du service de Chauffard, des accidents de cholécystite éclatent au cours d'une fièvre typhoïde, puis s'apaisent. Six ans après, ces accidents reparaissent et s'aggravent au point de nécessiter une cholécystectomie. L'opération est pratiquée par moi dans mon service de Cochin : on retrouve le bacille d'Eberth dans le contenu vésiculaire. » (Quénu.)

Outre ce danger de la réapparition des phénomènes de cholécystite, l'individu est exposé à la récurrence pure et nette : la vésicule biliaire évacue son contenu dans l'intestin, et, si on analyse les matières fécales, on découvre que par intervalles le bacille typhique y reparaît. Pourquoi, si l'immunité faillit, n'y aurait-il pas nouvelle fièvre typhoïde.

Autre conséquence fâcheuse à envisager : l'infection vésiculaire peut se traduire ultérieurement, non plus par une nouvelle poussée de cholécystite, mais par les signes de la lithiase biliaire. Il est impossible de méconnaître le rôle lithogénique prédominant de la fièvre typhoïde.

La cholécystectomie éloigne tous ces dangers pour l'individu, et rend de plus service à l'entourage, à la collectivité. Il y a des chirurgiens qui ont conseillé la cholécystectomie chez des malades guéris de leur fièvre typhoïde, ayant présenté des signes évidents de complication biliaire pendant leur maladie, et chez lesquels on constaterait, soit quelque signe persistant de souffrance hépatique, soit même la présence par intervalles de bacilles d'Eberth dans les matières fécales. Pourquoi donc, quand la complication biliaire est nette et opérable,

pourquoi donc quand il faut traiter la cholécystite éberthienne ne pas faire la cholécystectomie, supprimer ce foyer d'infection ?

Mais, si la cholécystectomie est nécessaire à notre avis, la cholécystostomie a dans des cas semblables été suffisante. Nous l'avons dit, il ne faut pas être absolu... Je ne voudrais pas avoir la prétention de faire le procès de la cholécystostomie.

Dehler (1), observant chez deux malades la persistance de bacilles d'Eberth dans les selles examinées à plusieurs reprises, bien qu'il n'y eût aucun signe du côté des voies biliaires, pratiqua la cholécystostomie. A la suite de cette intervention on ne retrouva plus le bacille dans les selles. On avait, d'autre part, vérifié sa présence dans le contenu vésiculaire.

Ainsi la cholécystostomie comme la cholécystectomie ont des avantages et quelques inconvénients. Choisir est difficile.

« C'est l'état anatomique de la vésicule qui doit décider du choix », a dit Quénu.

Mais il faut considérer aussi le moment d'apparition de la cholécystite éberthienne ; s'agit-il de cholécystite au cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde, l'intervention justifiée est différente.

Mais il faut tenir compte aussi de l'état des autres voies biliaires, de la glande hépatique.

Nous pourrions dire alors suivant les cas :

Au cours de la fièvre typhoïde, la cholécystite éberthienne purulente est simplement drainée, cholécystostomisée s'il faut aller rapidement et s'il y a angiocholite,

(1) Dehler. — *Münchener med. Wochens.*, avril 1907.

la cholécystite éberthienne ulcéreuse et perforante doit être traitée par la cholécystectomie.

Dans la convalescence de la fièvre typhoïde, la cholécystostomie doit être choisie s'il y a angiocholite concomitante ; la cholécystectomie est l'opération de choix et de nécessité dans la majorité des cas.

Nous aurions bien désiré avoir les observations de M. le docteur Guibal, de Béziers, observations de cholécystite compliquée d'angiocholite, traitées par la cholécystostomie. Elles auraient peut-être prouvé ce que nous disions tout à l'heure : on doit employer la cholécystostomie quand l'angiocholite est concomitante.

Mais, pressé par le temps, nous ne pouvions attendre ces observations, et la discussion de la Société de chirurgie.

CONCLUSIONS

I. — La cholécystite éberthienne aiguë, au cours et dans la convalescence de la fièvre typhoïde, est très fréquente.

Elle est bien définie mais difficile à diagnostiquer.

II. — Sa terminaison ordinaire, fatale, est la mort.

III. — La guérison ne s'obtient que grâce au traitement opératoire.

La cholécystostomie et la cholécystectomie sont à choisir.

La cholécystectomie doit être souvent préférée.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 16 juin 1910.

Le Recteur,

Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 15 juin 1910.

Pour le Doyen,

L'Assesseur Délégué,

G. SARDA.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ACHARD et FEUILLÉ. — Cholécystite typhique avec ictère par rétention. Bull. et Mém. Soc. méd. des hôpitaux, 31 juillet 1908, p. 260.

ALEXIEFF. — Journ. Dietskaya meditzina, 1896, n° 4.

— Americ. Journal of med. sc., 1898, p. 466.

ALLYN (H.). — Philadelph. med. Journal, 1901.

AUDER. — Infect. biliaires éberthiennes. Journ. of med. Assoc., 1905, t. II, p. 1066.

ANDERSON. — Cholécystite typhique. Med. News, 1896.

AUTON et FRITTERER. — Münch. med. Woch., 8 mai 1888, n° 19, p. 315.

BARBE. — Perforation de la vésicule biliaire dans le cours de la fièvre typhoïde. France Médicale, 1884.

BACMEISTER. — Münch. med. Woch., 1908, nos 5, 6 et 7.

BARTHE et BESNIER. — Art. « Voies biliaires » Dict. encycl. des sc. méd.

BAZY. — Traitement chirurgical des angioch. aiguës. Bull. Soc. chirurgie, 1908.

BEL. — Montreal med. Journal, 1898, XXVII, I, case 7.

- BEZANÇON et PHILIBERT. — Formes extra-intestinales de l'infect. éberthienne. *Journal de physiologie et pathologie générale*. Janvier 1904, n° 1, p. 74, et février 1904, n° 2, p. 99. *Soc. méd. des hôpitaux*, 1901, p. 230.
- BLACHSTEIN. — *John Hopkins hosp. Rep.* Juillet 1891, vol. II, p. 96.
- BLUMENTHAL. — *Münch. med. Woch.*, 1904, n° 37, p. 1641. *Med. Klin.*, 1905, n° 48, p. 1227.
- BOINET. — *Arch. gén. de médecine*. Avril 1908, p. 385.
- BONNUS et SCHWARTZ. — *In Dauriac. Th. de Paris*, 1896-1897.
- BRICKA. — *Perforations spontanées de la vésicule biliaire. Th. de Lyon*, 1898-1899.
- BROUARDEL et THOINOT. — Fièvre typhoïde, p. 104, 105 et 169 du fascicule 3 du nouveau traité de méd. et thérap.
- BUSCHKE. — *The Lancet*, 1898, p. 96.
- CADÉAC. — *De la cholécystite suppurée. Th. Paris*, 1890-1891.
- CAMAC. — *The Lancet*, 1899, p. 1648, *John Hopkins Hosp. Rep.*, 1899.
- CALOT. — *De la cholécystectomie. Paris*, 1890-1891.
- CHANTEMESSE et GOSSET. — *In Th. de Joyon. Paris*, 1904-1905.
- CHAUFFARD. — *Maladies du foie. Traité de médecine Bouchard et Charcot*, t. III.
- CHIARI. — *Zeits. f. Heilk.*, 1894, t. XV, p. 199.
- CHIAROLAUZA (R.). — *Zeits. f. Hyg.*, 28 déc. 1908, t. LXII, f. I, p. 11.
- COOPER-ASHURTS. — *The Amer. Journ. of med. sc.*, avril 1908.
- CUSHING. — *John Hopk. Hosp. Rep.* Août-sept. 1899, nos 101-102, p. 166.
- DAURIAE. — *Les infections biliaires dans la typhoïde. Th. Paris*, 1896-1897.
- DA COSTA. — *Amer. med.*, 1905, p. 664.
- DEBRÉ (R.). — *Presse méd.*, 9 janvier 1909, n° 3, p. 17-18.

- DEHLER. — Münch. med. Woch., 16 avril 1907; n° 16, p. 779; 22 octobre 1907, n° 43, p. 2134.
- DEMANCHE. — Th. de Paris, 1907-1908: L'infect. paratyphique des voies biliaires.
- DELAGENIÈRE. — De la valeur thérapeutique du drainage du canal hépatique par la méthode de Kehr. Bull. Soc. chirurg., 1904, p. 748.
- DELBET. — L'angiocholécystite à bacille d'Eberth. Gazette des hôpitaux, Paris, 1899, p. 1325.
- DIANCOURT. — De l'ouverture partielle des cholécystites suppurées. Th. de Paris, 1902-1901.
- DOLÉRIS. — Soc. d'obst., de gyn. et de péd., 10 nov. 1902.
- DOMINICI. — Th. de Paris, 1894.
- DÖRR. — Cent. f. Bak., 1905, vol. XXXIX, p. 624.
- DROBA. — Wien. klin. Woch., 1899, p. 41.
- DUPRÉ. — Les inf. biliaires. Th. Paris, 1891.
- EHRET et STOLTZ. — Experimental Beiträge zur Lehre des Cholelithiasis. Mittheilungen aus den Grenz gebieten der Mediz. und Chirurg. 1901, t. VII, p. 372.
- EHRlich (F.). — Deut. med. Woch., 18 octobre 1902, n° 42, p. 1704.
- ERDMANN. — Ann. of surg., juin 1903, t. XXXVII, p. 878.
- The treatment of some of the surgical complicat. in typh. fever. N.-Y. med. Journ., 18 avril 1903, p. 678.
- ETIENNE. — Revue méd. de l'Est, 1908.
- EXNER (A.) et HEYROWSKY (H.). — Wien. klin. Woch., 13 févr, 1908, vol. XXI; Archiv. f. kl. Chir., p. 213; Arch. f. klin. Chir., t. LXXXVI, f. 3, p. 609.
- FAITOUT et RAMOND. — Bull. de la Société de biologie, 1896, p. 1130.
- FAURAYTIER. — Bull. de la Soc. anat., 1841.
- FARCY. — Septicémies éberthiennes, non dothiéntériques. Th. Paris, 1908-1909.
- FINLAY et BÜCHANAN. — Cholécystite éberthienne dans la fièvre typhoïde. Glasgow medical Journal, 1906.

- FINKELSTEIN. — Russ. Wrat., 1907, n° 12.
- FÖRSTER et KAYSER. — Münch med. Woch., 1^{er} août 1905, n° 31, p. 1473.
- FOURNIER. — Origine microbienne de la lithiase biliaire. Th. Paris, 1895-1906.
- FRAZIER. — New-York. med. Journal, 1907.
- FÜRSTER (O.). — Deut. Zeit. f. Chir., 1909. Bd. XCVII, f. 3-4, p. 190-201.
- FÜTTERER. — Infect. biliaire descendante. Münch. med. Woch., 8 mai 1908.
- GALLIPE. — Origine microbienne des calculs biliaires. Journal des sc. méd., 25 mars 1886. Soc. de Biolog., 1886. Journal des conn. méd., 1894, p. 154.
- GENNARI. — Présence de l'Eberth dans le sang. Riforma medica, 12 oct. 1907.
- GARNIER et LEREBoullet. — Traité des maladies du foie. Paris, 1909.
- GIBBON. — Ann. of surg., 1901, p. 70.
- GILBERT et DOMINICI. — Angiocholite et cholécystite colibacillaire expérimentale. Soc. de biol., 20 janvier 1894.
- Sur l'infect. expérimentale des voies biliaires par le streptoc., le staphyloc., le pneumo. Soc. biol., 24 février 1894.
- Soc. biol. 16 juin 1896.
- GILBERT et FOURNIER. — Soc. biologie, 8 février 1896. Angiocholécystites infectieuses. Traité de médecine Brouardel et Gilbert.
- GILBERT et GIRODE. — Contribution à l'étude bactériol. des voies biliaires. Société biol., 27 déc. 1890.
- GILBERT et LEREBoullet. — Des angiocholites anictériques. Soc. méd. des hôpitaux, 27 avril 1900.
- Société de biol., 15 avril 1905 et 2 juin 1906.
- GILBERT et LIPPMANN. — Soc. de biol., 26 déc. 1903 et 23 janv. 1904.
- GRIESINGER. — Trait. des maladies. infec., trad. Lemattre, 2^e éd. Wallin, 1877, p. 339-342.

- GRIMME. — Münch. med. Woch., 1907, n° 31, p. 1822.
- GUARNIERI. — Rev. gén. ital. de clinique méd., 1892.
- GUIBAL (de Béziers). — Angiocholécystite typhoïdique. Soc. chirurgie, Paris, 6 janvier 1909. Bull. n° 1. Quénu, rapporteur.
- GUNDEGGER. — Centralblatt f. Chir., 1903, p. 125.
- HANOT. — Rôle lithogène de l'Eberth. Bull. méd., 22 janv. 1896.
- HAMILTON. — Montreal med. Journal, déc. 1900, et The Lancet, 1901.
- HAGENMÜLLER. — Th. de Paris, 1876. De la cholécystite dans la fièvre typhoïde.
- HARTE. — Ann. of surg., 1901, p. 70.
- HAYEM. — Presse méd., 9 mars 1898, n° 21, p. 121.
- HAWKINS. — The Lancet, 1897, p. 1873.
- HERNETTE. — Résultats immédiats et éloignés de la cholécystostomie et de la cholécystectomie. Th. Paris, 1906-1907.
- HECK. — Zeits. f. Hyg., 19 février 1907, t. LVI, f. 1, p. 1. A propos du passage des bacilles à travers le foie.
- HIRST. — Amer. Med., 1905, p. 222.
- HUNNER. — John. Hopk. hosp. Rep., 1889, p. 163.
- HOUSTON et IRWIN. — The Lancet, 30 janv. p. 311-313.
- JACOMET. — Cholécystostomie idéale avec ou sans cholécystectomie partielle. Paris, 1908.
- JOYON. — Des complicat. portant sur les voies biliaires dans la typhoïde. Th. Paris, 1904-1905.
- KEHR. — Münch. med. Woch., 1897, n° 41.
- KELLY. — The amer. Journal of med. sc., 1906, p. 446.
- KILIANI. — Ann. of surgery, 1907, p. 34.
- KOCH (J.). — Zeits. f. Hyg., t. LXII, f. I, p. 1, 28 décembre 1908.
- LAIGNEL-LAVALASTINE. — Press. méd., 27 août 1902, p. 819-822. — Société méd. des hôpitaux, 1909. — Gaz. des hôp., 3 juillet 1909, n° 75, p. 955; 10 juillet 1909, n° 78, p. 991.
- LANCEREAUX. — Traité d'anat. pathol.

- LAFON. — Deux cas de cholécystite typhoïde. Montp. méd. 1889, 2^e sér., p. 245.
- LANDRIEUX et CUNÉO. — Soc. méd. des hôpit., 10 février 1905.
- LAUNOIS (P.-E.). — Gaz. des hôpitaux, 2 avril 1908, n° 39, p. 459.
- 19 mars 1908, n° 33, p. 387. lithiase biliaire et fièvre typhoïde.
- LEJARS. — Les cholécystites typhoïdiques suraiguës. Sem. méd., Paris, 27 juin 1906, p. 301. — Cholécystostomie par cholécystite et angiocholite infectieuses. Bull. Soc. chirurg., 1897, p. 217.
- LEMIERRE et ABRAMI. — Cholécystite et péricholécystite expérimentale (Bulletin de la Société de Biologie, 27 juillet 1907, p. 252).
- Infect. biliaires éberthiennes (Presse médicale, 30 octobre 1907).
- La cholécystite typhique (Annales des maladies du tube digestif, 1908, n° 1).
- LE GENDRE. — Bull. de la Société anatomique, 1881.
- LÉVY et KAYSER. — Münch. med. Wochens., 11 déc. 1906, n° 50, p. 2454. Sur deux cas de réinfection typhoïde par la bile infectée.
- LEUDET. — Cliniq. méd. de l'Hôtel-Dieu de Rouen. Paris, 1874, p. 87.
- LIEBERMEISTER. — Ziemssens Handb., p. 166.
- LICHTWITZ. — Deuts. Arch. f. klin. Med., 1907, t. XCII, p. 100.
- LOREY (A.). — Münch. med. Wochens., t. LV, janvier 1908.
- MARSDEN. — Med. Chron., 1901, p. 269.
- MARTIN et KEEMANN. — Cités par Quénu. Montreal med. Journ., 1897, XXVI, 572.
- MASON. — Boston med. and surg. Journal, 1897.
- MAUCLAIRE. — Drainage de l'hépatiq. et drainage vésicul. Bull. Soc. chirurgie, 1907, 1014.
- MAUGER. — La perforation typhique de l'intestin et de ses annexes. Son trait. chirurgical (Th. Paris, 1899-1900).

MÉTIN. — Notes sur l'éliminat. des bactéries par le rein et le foie.
Ann. de l'Institut Pasteur, 1900, p. 414.

MILLER. — John Hopkins Hosp. Rep., 1898, p. 95.

MITCHELL. — John Hopkins Hosp. Rep., 1902, vol. X, 399.

MONIER et SHEILD. — The Lancet, mars 1895.

MUNRO. — Boston med. and surg. Journ., 1903, p. 146.

NEILSON. — Ann. of surg., 1901, p. 68.

NETTER et RIBADEAU-DUMAS. — Bull. de la Soc. de biologie, nov.
1908, p. 436 et 18 nov., p. 450.

ODOUR. — Cirrhose biliaire d'orig. éberthienne. Paris, 1906.

OSLER et MALSTED. — Transact. of the Associat. of amer. physi-
cians, 1897.

PANTALONI. — Chirurgie du foie et des voies biliaires. Paris, Institut
de bibliographie, 1895.

PARMENTIER et FOSSARD. — Cholécystite suppurée dans le cours
de la fièvre typhoïde (Bull. de la Société médicale des
hôpitaux de Paris (8 juin 1900, p. 731).

PATEL. — Paralysie intestin. post-typhique. Anus contre nature.
Cholécystite suppurée et cholécystectomie. Guérison.
(Lyon Médical. Mars 1906).

PAUCHET. — Chirurgie des voies biliaires. Paris, 1900. Baillière
et fils.

PAWLOWSKI. — Zeit. f. Hyg., 1900, vol. XXXIII, p. 261., p. 633.

PISSAVY (A). — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux,
20 mars 1908, p. 424-428. Ictère dans la typhoïde.

POTAIN. — Sem. méd., 22 avril 1896, n° 22, p. 161.

PRATT. — Boston med. and surg. Journ., 5 février 1903, p. 138.

PUJEBET. — Perforat. de la vésicule biliaire au cours de la fièvre
typhoïde. (Th. Lille, 1902-1903).

QUÉNU. — De la cholécystite typhique. Revue de chirurgie, 10 juin
1908, n° 6, p. 828-848.

QUÉNU et DUVAL. — Les angiocholécystites aiguës. II^e Congrès de
la Société internationale de chirurgie. Bruxelles, septem-
bre 1908. Rapp. de 42 p.

- RAMOND et FAITOUT. — Angiocholécystite à bacilles d'Eberth. Société de biologie, Paris, 1896.
- RICHARDSON. — Boston med. and surg. Journ., 1891, p. 570.
- RICKLIN. — Revue int. de clin. et de thérap., 16 déc. 1906; n° 12, p. 483; 28 juin 1907, n° 6, p. 243; 28 juillet 1907, n° 7, p. 291.
- RÔGER (H.). — Presse médicale, 28 février 1900.
- ROGER (H.) et DEMANCHE. — Bull. de la Société méd. des hôpitaux 14 février 1908, p. 236.
- ROKITANSKY. — Ann. des Russich. chir., 1899.
- ROVSNIK (Th.). — Centralb. f. Chir., 26 oct. 1907, n° 43, p. 1257-1259.
- RYSKA. — Münch. med. Wochens., 6 juin 1899.
- SABOURIN. — Rev. de méd., 1882, p. 600-604.
- SACQUÉPÉE et FRAS. — Bull. de la Soc. de biol., 25 nov. 1905, p. 533.
- SANARELLI. — Ann. de l'Inst. Pasteur, 1894, p. 315.
- SANDER. — Deut. Klin., 1861, p. 70.
- SAVY et DELACHANAL. — Soc. méd. des hôp. de Lyon, 15 déc. 1908.
- SCHWARTZ. — Chirurgie du foie, 1901, p. 73.
- SCHLEMAKER. — Ann. of surg., 1902, p. 455.
- SEVESTRE et JALAGUIER. — In Jacob. Th. de Paris, 1893.
- SAINTON. — Chirurgie de la vésicule biliaire. Rev. gén. 24 janv. 1891 in Gaz. des hôp.
- SEGOND. — Maladies du foie. Traité de chirurgie Duplay et Reclus, t. VII.
- SIBILLE. — Résultats éloignés des principales opérations sur les voies biliaires. Th. Paris, 1904.
- TERRIER. — Opérations chirurgicales sur les voies biliaires. VI^e Congrès de chirurgie, 1892, p. 121.
- Quelques résultats immédiats et éloignés d'opérations pratiquées sur les voies biliaires. Revue de chirurgie, 1852, p. 552.

- TERRIER. — Traitement chirurgical de l'angiocholite et de la cholécystite infectieuse. *Rev. chir.*, 1895.
- Drainage des voies biliaires. *Bull. Soc. chir.*, 1900, p. 1045; 1905, p. 1090; 1907, p. 758.
- TERRIER et DALLY. — Cathétérisme des voies biliaires. *Rev. de chirurgie*, 1891, p. 648, et 1892, p. 136.
- THOMAS. — *New-York med. Journ.*, 12 oct. 1907, p. 688.
- THOMAS et SCHALBERG. — *The Lancet*, 1904, p. 570.
- THIROLOIX et DEBRÉ. — Cholécystites expérimentales. *Revue de médecine*. Paris, 1908, p. 410.
- TUFFIER. — Cholécystostomie. *Bull. Soc. chirurgie*, 1896, p. 245.
- Drainage des voies biliaires. *Bull. Soc. chirurgie*, 1904, p. 561.
- UFFERTE. — Des indications opératoires dans les cholécystite aiguës au cours de la fièvre typhoïde et dans la convalescence. Thèse de Lyon, 1906-1907.
- VANDER VEER. — *Journ. med. doc. New-Jersey*, 1907, IV, 132. Personal communicat.
- VEDEL et RIMBAUD. — Infect. biliaire éberthienne. *Rev. méd.* 6 déc. 1906.
- VELARDE. — Inf. aiguë des voies biliaires par l'Eberth. *Th. Paris*, 1908-1909.
- WELSCH. — *John Hopk. hosp. Rep.*, août 1891, n° 15, p. 121.
- WILLIS (W.). — *North. med.*, 1904, p. 391.
- WIDAL. — *Soc. méd. des hôp.*, 1907.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



